



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Moniperheryhmästä saatu tuki omaisen kokemana

Harvala, Julia
Suuronen, Tuuli

2017 Laurea



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Laurea-ammattikorkeakoulu

Moniperheryhmästä saatu tuki omaisen kokemana

Harvala, Julia
Suuronen, Tuuli
Sosiaalialan koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2017

Harvala, Julia
Suuronen, Tuuli

Moniperheryhmästä saatu tuki omaisen kokemana

Vuosi	2017	Sivumäärä	35
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa omaisten kokemuksia moniperheryhmästä saatavasta tuesta. Opinnäytetyön toteutimme Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Järvenpää-Mäntsälä-Tuusula-alueen, eli JMT:n, kuntoutuspoliklinikalla järjestettävässä psykoosipotilaille ja heidän omaisilleen tarkoitetussa moniperheryhmässä. Tarkoituksena oli tuottaa tietoa ryhmän toiminnasta omaisten tukemiseksi. Tuloksia voidaan käyttää toiminnan kehittämiseen.

Opinnäytetyö toteutimme kvalitatiivisena tutkimuksena, ja aineistonkeruumenetelmänä käytimme puolistrukturoitua teemahaastattelua. Haastattelut toteutimme yksilöhaastatteluina ja haastateltavien anonyymius pyrittiin säilyttämään. Teoreettisena viitekehyksenä on mielen-terveyspotilaiden omaisten hyvinvointi, moniperheryhmä sekä vertaistuki. Analyysimenetelmänä käytimme sisällönanalyysia, joka pohjautui teorialähtöiseen analyysiin. Litteroidusta aineistosta saimme neljä teemaa; tieto, vertaistuki, voimavarat ja ryhmän toiminta. Opinnäytetyön haastatteluihin osallistui kolme omaista.

Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että ryhmästä saatu tuki auttoi omaisia hyväksymään läheisen sairauden ja muuttamaan näkökulmaa positiivisemmaksi. Vertaistuesta omaiset kokivat saaneensa tukea, apua ja tietoa. Merkittävää oli omaisten tunne siitä, etteivät he ole yksin. Tulosten mukaan ryhmään osallistuminen on antanut omaisille toivoa tulevasta ja he kokivat ryhmään osallistumisen hyödylliseksi. Tuloksia voidaan hyödyntää tulevien ryhmien toiminnan suunnittelussa erityisesti tulokset osoittivat sen, että haastattelemamme omaiset kokivat saaneensa tukea ryhmästä.

Asiasanat: Moniperheryhmä, omaiset, tuki

Harvala, Julia
Suuronen, Tuuli

Support given in a multifamily group experienced by relatives

Year	2017	Pages	35
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to survey relatives experiences about support given in a multi-family group. This thesis was put into practice in a multi-family group for psychotic patients and their relatives, arranged in Helsinki and Uudenmaa hospital districts Järvenpää-Mäntsälä-Tuusula-areas, (known as JMT), rehabilitation clinic. The aim was to produce information about the function of the group in the sense of supporting the relatives and that the results are usable to improve the multi-family groups functioning.

The thesis was executed as a qualitative dissertation and the data collection method was theme interview. The interviews were executed as individual interviews and the interviewees anonymity was maintained. The theoretical framework of the study was the welfare of mental health patients relatives, multi-family group and peer support. The analytical method was content analysis and it was based on theoretical analysis. In the description, there were four themes; information, peer support, assets and the function of the group. Three relatives participated in the thesis' interviews.

From the research results it can be concluded that the support received from the group, helped the relatives to accept their relatives illness and to change their perspective to a more positive one. The relatives experience was that the peer support provided them with support, help and information. "Meaningful" was the relatives feelings about not being alone. The results show, that participating in the multi-family group gave the relatives hope for the future and their experience of the group was that it was useful to them. The results can be used in the planning of future multi-family groups. The results show especially, that the interviewed relatives experienced getting support from the group.

Keywords: Multifamily group, relatives, support

Sisällys

1	Opinnäytetyön tausta ja tarve.....	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	8
2.1	Moniperheryhmä.....	8
2.2	Vertaistuki.....	10
2.3	Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi	11
3	Opinnäytetyön toteutus.....	14
3.1	Teemahaastattelu ja haastattelukysymykset	14
3.2	Aineiston litterointi ja analysointi	17
3.3	Eettisyys ja luotettavuus.....	19
4	Tutkimustulokset.....	23
4.1	Tieto.....	24
4.2	Tuki	25
4.2.1	Saanut vertaistukea.....	25
4.2.2	Ollut avuksi muille	26
4.3	Voimavarat	26
4.3.1	Tunne ryhmään kuulumisesta	26
4.3.2	Toivo.....	27
4.4	Ryhmän toiminta	27
5	Johtopäätökset	28
5.1	Jatkotutkimusaiheet.....	30
	Lähteet	32
	Liitteet.....	34

1 Opinnäytetyön tausta ja tarve

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Järvenpää-Mäntsälä-Tuusula-alueen kuntoutuspoliklinikan moniperheryhmästä saatua tukea omaisten näkökulmasta. Moniperheryhmämalli on työskentelytapa, johon osallistuvat potilas ja hänen perheenjäsenensä sekä muita psykoosipotilaita ja heidän läheisiään. Mallissa korostuvat ongelmanratkaisu ja selviytymistaidot. Ryhmä tarjoaa tukiverkoston potilaille ja aikuisomaisille. (Johansson & Berg 2011, 45-46.) Kuntoutuspoliklinikka on psykoosipotilaille suunnattu yksikkö, jonka perustehtävänä on parantaa psykoottisista häiriöistä kärsivien asiakkaiden terveydentilaa, toimintakykyä ja elämänlaatua ja vähentää sairauteen liittyvää kuormitusta ja haittaa (JMT:n esite 2016).

Mielenterveyspotilaiden omaisten tilannetta kartoittavia tutkimuksia on tehty Suomessa vain vähän. Monet tekijät omaisen ja sairastuneen elämässä vaikuttavat siihen, miten kuormittavaksi omainen kokee läheisensä sairastumisen. Siihen vaikuttavat niin ikä, sukupuoli, selviytymis- ja stressinhallintakeinot kuin omaisen tukiverkostokin. Omaisten riski uupua ja masentua kasvaa, mikäli heillä ei ole tarvittavia selviytymiskeinoja ja mikäli he eivät saa tarvitsemaansa tukea. Yli puolet omaisista kokee psyykkistä kuormittuneisuutta läheisensä sairauden vuoksi. Noin 60 % omaisista kertoo olevansa tyytymättömiä elämäänsä. (Nyman & Stengård 2001, 15-18.)

Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä on tapahtunut suuria muutoksia 1980-luvulta alkaen, jolloin psykiatrisia sairaalapaikkoja alettiin vähentää ja tilalle kehitettiin avohoitoa. 12 vuoden aikana 20 000 sairaalapaikkaa väheni 7400:aan ja siitä edelleen 6000:een. Avohoidon kehitys ei kuitenkaan ollut yhtä myönteistä. Sairaalapaikkojen vähentyminen on vaikuttanut siihen, että hoitoajat ovat lyhentyneet ja moni akuutisti sairastunut palaa omaisten ja läheisten pariin entistä nopeammin. Muutos on pohjimmiltaan positiivinen, mutta se on myös lisännyt vastuuta omaisille. Avohoidon resurssien vähäisyys on luonut tilanteen, jolloin omaisista on muodostunut hoitojärjestelmän lisäresurssi. Usein omaiset jäävät ilman tarvittavia tietoja, taitoja ja tukea. Aina omaisen selviytymiskeinot ja saatu tuki eivät paranna olennaisesti henkilön jaksamista, jolloin riski uupua ja masentua kasvaa. Aiempien tutkimusten mukaan noin 60 % omaisista kokee psyykkistä kuormittuneisuutta johtuen läheisen sairaudesta. Kuormittuneisuus voi oireilla unettomuutena, masentuneisuutena tai jatkuvana väsymyksenä. (Nyman & Stengård 2001, 12-18.)

Sairauden myötä läheisen käytös muuttuu usein olennaisesti, mikä voi vaikuttaa perheen vuorovaikutukseen negatiivisesti. Kriisiyttäviä tekijöitä voi olla arjessa useita, jolloin perheen on vaikea nähdä ulospääsyä tilanteesta. Perheet toivovat usein tietoa sairaudesta ja keinoista selvittää tilanteesta. Ongelmissa auttaminen sekä perheen opastaminen ja tiedon tarjoaminen

vahvistavat tutkimusten mukaan perheiden selviytymiskeinoja. (Johansson & Berg 2011, 35-38.) Omaisten tukeminen läheisen sairastuessa on merkittävä tekijä, johon ei välttämättä kiinnitetä tarpeeksi huomiota. Läheisten osallistumisella psykoosipotilaan hoitoon on huomattu olevan merkitystä potilaan kuntoutumiseen. Omaiset kaipaavat myös tukea ja tietoa selvittääkseen läheisen sairastuessa. Omainen tulisi nähdä itsenäisenä yksilönä ja tuen tarvitsijana. Hän ei ole palvelujärjestelmän apuri, halpa hoitoresurssi tai epävirallinen hoitotaho, eikä omaisen omia tarpeita tulisi määritellä suhteessa sairastuneeseen. Omaisen tuen mahdollistamisen ongelmana on se, jos omainen nähdään kiinnostavana vain kuntoutuksen kuntoutumisprosessin edesauttajana. (Arjessa mukana omaistyön käsikirja 2009, 10.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin eli HUS:n Järvenpään, Mäntsälän ja Tuusulan alueen eli JMT:n kuntoutuspoliklinikan yksikkö on tarkoitettu psykoosipotilaille. Kuntoutuspoliklinikka on avohoidon tutkimus-, hoito- ja kuntoutusyksikkö. Se palvelee Järvenpään, Mäntsälän, Tuusulan ja Nurmijärven kuntien aikuisväestöä sekä Hyvinkään alueen 18-23-vuotiaita. JMT kuuluu HUS:n Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tulossyksikköön. Kuntoutuspoliklinikan perustehtävä on psykoottisista häiriöistä kärsivien potilaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen sekä sairauteen liittyvän kuormituksen ja haitan vähentäminen. Hoito ja kuntoutus perustuvat yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan. Kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä potilaan ja hänen lähiverkostonsa kanssa. Hoitosuhdetyöskentely ja lääkehoito ovat keskeisiä toimintamuotoja. Lisäksi muita hoito- ja kuntoutusmuotoja ovat muun muassa perhetyö sekä poliklinikalla kokoontuvat eri kuntoutuskurssit. (JMT:n esite 2016.)

Opinnäytetyömme kohderyhmä on JMT:n kuntoutuspoliklinikan moniperheryhmän omaiset, koska yksikössä havaittiin tarve saada tietoa ryhmän toimivuudesta. Rajasimme opinnäytetyön kohderyhmän psykoosipotilaiden omaisiin, sillä omaisten rooli hoitojärjestelmässä on suuri. Usein omaisilla ei kuitenkaan ole tarvittavia resursseja tai voimavaroja sellaiseen vastuuseen, jota heiltä usein hoitotahon toimesta odotetaan. Omaisten hyvinvointi voi jäädä helposti taka-alalle, sillä tukiverkoston tuki ja apu ohjautuvat usein ainoastaan psykoosiin sairastuneelle. Omaisten hyvinvointi on kuitenkin merkittävä tekijä myös sairastuneen näkökulmasta (Murray-Swank ym. 2007).

Päätutkimuskysymyksemme oli, millaista tukea omaiset ovat saaneet moniperheryhmästä. Kiinnitimme myös huomiota siihen, miten omaiset kokevat ryhmän toimivuuden. Tutkimme kysymystä hyödyntäen vertaistuen ja ryhmästä saadun informaation näkökulmaa. Tarkoituksena poliklinikan puolesta oli saada tietoa ryhmän toimivuudesta. Yhteistyötahomme ei asettanut työlle tiukkoja rajoja, vaan rajasimme aiheen oman mielenkiintomme ja koulutuksemme pohjalta. Opinnäytetyön tulokset voivat palvella ryhmän toiminnan kehittämisessä ja antaa tietoa siitä, kuinka ryhmä tukee siihen osallistuvien omaisten hyvinvointia.

2 Teoreettinen viitekehys

JMT:n moniperheryhmä on vielä toiminnassaan melko tuore, sillä sitä on järjestetty vasta muutaman vuoden ajan. Suomessa moniperheryhmää on tutkittu varsin vähän, eikä JMT:n moniperheryhmää ole tutkittu lainkaan. Se on kuitenkin jo varhaisessa vaiheessa todettu hyväksi toimintamalliksi. Järvenpään moniperheryhmän toimivuuden kartoitus auttaa JMT:ssä järjestettävien ryhmien toiminnan ja toimivuuden kehittämistä. Omaisille järjestettäviä tukitoimintoja on vähän, joten olemassa olevien tukitoimien toimivuus on tärkeää omaisten hyvinvoinnin ja jaksamisen tukemiseksi. Opinnäytetyömme teoreettiseen viitekehykseen valitsimme mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvoinnin, koska moniperheryhmään osallistuu omaiset ja heidän sairastuneet läheisensä.

Läheisen sairastuminen psykoosisairauteen vaikuttaa sairastuneen lisäksi hänen omaisiinsa. Omaisten hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä läheisen sairastuessa on monia. Sairastuminen kuormittaa perhettä ja voi aiheuttaa erilaisia ongelmatilanteita. Elämäntilanteen muuttuminen vaatii sopeutumista. Sopeutumisessa auttavat muun muassa tukiverkostot ja tarjolla oleva tieto. Moniperheryhmä tarjoaa psykoosipotilaille ja heidän perheilleen tukiverkoston, tietoa ja vertaistukea.

Moniperheryhmä on muista hoitotavoista poikkeava toimintamalli, joten käsittelemme sitä osana teoreettista viitekehykstä opinnäytetyössämme. Moniperheryhmän teoria auttaa meitä ymmärtämään ryhmän tavoitteita. Ryhmän tavoitteiden ymmärtäminen auttaa meitä arvioimaan, kuinka hyvin se tukee omaisten hyvinvointia. Moniperheryhmä sisältää vertaistuellisia elementtejä, minkä vuoksi olemme sisällyttäneet vertaistuen teoriaa viitekehykseen. Seuraavissa kappaleissa kerromme tarkemmin mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä, moniperheryhmästä sekä vertaistuesta.

2.1 Moniperheryhmä

Silloin kun läheisen käytös muuttuu sairauden myötä olennaisesti, ilmenee usein vuorovaikutuksellisia ongelmia. Tekijöitä, jotka kriisiyttävät perheen arjen, saattaa olla useita, jolloin perheen on vaikea nähdä ulospääsyä tilanteesta. Näissä ongelmissa tiedon tarjoaminen ja perheen opastaminen vahvistavat tutkimusten mukaan perheiden selviytymiskeinoja. (Johansson & Berg 2011, 35-38). Tutkimusten mukaan perheen hoitoon osallistumisen on todettu jo pienessä määrin vaikuttavan suotuisasti sairastuneen hoitoon sitoutumiseen, tyytyväisyyteen hoidon tasoon sekä toivon, tiedon ja voimaantumisen lisääntymiseen asiakkaiden keskuudessa. The Patient Outcomes Research Teamin ja American Psychiatric Associationin hoitosuosituksot sekä Department of Veterans Affairs suosittelevat vahvasti skitsofreniaa ja vakavaa mielenterveysongelmaa sairastavien perheen osallistumista sairastuneen hoitoon tärkeänä hyvän hoidon elementtinä. (Murray-Swank ym. 2007.)

Moniperheryhmämalli on työskentelytapa, johon osallistuvat potilas, hänen perheenjäsenensä, muita perheitä ja yksi tai useampi ohjaaja. Mallissa korostuvat ongelmanratkaisu ja selviytymistaidot. Lisäksi ryhmä tarjoaa tukiverkoston potilaille ja aikuisomaisille. (Johansson & Berg 2011, 45-46.) Moniperheterapia perustuu psykodynaamisen ryhmäterapian ja psykoterapian teorioiden ja niiden käytäntöjen pohjalle. Perheistä koostuvan ryhmän kanssa tehtävä työ on erilaista verrattuna perinteiseen yhden perheen kanssa työskentelyyn. Toiset perheet voivat tuoda uusia ajatuksia, näkökulmia ja ehdotuksia samojen asioiden kanssa kamppailevalle perheelle. (Asen & Scholz 2010.) JMT:n poliklinikalla moniperheryhmää hyödynnetään muiden hoitomuotojen lisänä psykoosipotilailla. Se on keino ottaa omaiset mukaan hoitoon ja tarjota heille mahdollisuus saada tietoa ja vertaistukea. Yleensä perheet toivovat tietoa sairaudesta ja keinoista selvitä vaikeissa tilanteissa. (Johansson & Berg 2011, 35-38.)

Ihmisten on usein vaikea nähdä oma tilanteensa objektiivisesti, vaikka he pystyvätkin olemaan ajattelevaisia ja ymmärtäviä muiden ongelmia kohtaan. Tätä ilmiötä voidaan käyttää hyväksi moniperheryhmässä, jos ryhmän ilmapiiri sallii yhteisen jakamisen, ymmärryksen ja avoimuuden. Moniperheryhmäterapian yksi päätavoitteista on mahdollistaa perheiden ja perheenjäsenten omien perspektiivien ylittäminen ja niiden resurssien hyödyntäminen, joita ryhmätilanteessa esiintyy. Lisäksi perheitä rohkaistaan auttamaan muita perheitä tunnistamalla ja ymmärtämällä ilmeisen samanlaisia ongelmia. Muiden auttamisen on huomattu nostavan auttajan omaa itsetuntoa. (Asen & Scholz 2010.) Mallin etuna on Johanssonin ja Bergin (2011, 45-46) mukaan yhteisen kulttuurin syntyminen ryhmään osallistuvien perheiden välille.

Usean ryhmän kanssa samassa tilassa työskentelemisen käytäntö on kehittynyt alun perin Yhdysvalloissa 1940- ja 1950-luvuilla, jolloin moni työryhmä kokeili moniperheryhmän käyttöä kroonisen psykoosin hoitoon potilailla. Samaan aikaan käytettiin myös muita hoitotapoja ryhmämuotoisena kuten esimerkiksi psykodraamaa ja pariterapiaa. Peter Laqueur on yleisesti pidetty moniperheterapian kehittäjänä. Hän työskenteli New Yorkissa 1950- ja 1960-luvuilla skitsofreniapotilaiden kanssa ja sisällytti omaisia mukaan hoitoon. Hän huomasi, että ryhmäterapian aikana tuli näkyviin ilmiöitä, kuten kokemusten yhteinen jakaminen, keskinäinen tuki, kehittävä kritiikki ja mallintaminen, joista kaikki olivat hyödyllisiä, kun perheet tapasivat muita perheitä, joilla oli samanlaisia ongelmia. Omaiset, jotka kärsivät tietyistä haasteista sairastuneen läheisensä kanssa, huomasivat samanlaisia ongelmia muilla perheillä. Perheet huomasivat voivansa auttaa toisiaan jakamalla kokemuksiaan. He pystyivät löytämään erilaisia ratkaisuja tuttuihin ongelmiin ainoastaan havainnoimalla, kuinka muut perheet tulivat toimeen. Perheet myös tuottivat hyödyllistä palautetta toisilleen havainnoimalla toisensa vuorovaikutusta. (Asen & Scholz 2010.)

Laqueurin positiiviset tulokset innostivat muita lääkäreitä. Jo muutaman vuoden kuluttua moni työryhmä psykiatreja ja psykologeja oli kehittänyt useita lähestymistapoja psykoottisten potilaiden ja heidän omaistensa auttamiseen suuremmissa monen perheen kattavassa kontekstissa. Kolmen viimeisen vuosikymmenen aikana monet lääkärit ja heidän työryhmänsä ovat mukauttaneet moniperheterapian ideoita ja tekniikoita useaan hoitokäytäntöön. Siitä on tullut yhä suosittumpi aikuisten psykiatrian kentällä ja kroonisen kivun hoidossa. Lasten ja nuorten hoidossa moniperheterapian on osoitettu olevan hyödyllinen lähestymistapa myös kouluissa ja sosiaalihuollossa esimerkiksi lasten hyväksikäytön ja laiminlyönnin käsittelyssä sekä kodittomuuden, syrjäytymisen ja syömishäiriöiden hoidossa. (Asen & Scholz 2010.)

Alkujaan moniperheryhmätyöskentely tapahtui viikon tai kuukauden jaksoissa yhden kerran kestäessä enintään kaksi tuntia. Muiden samanaikaisten hoitojen lisänä moniperheryhmä oli ainoa, jonka huomattiin auttavan potilasta edistymään. Ryhmän toistuvuus ja intensiteetti vaikuttivat sopivilta erityisesti perheille, joissa oli skitsofreniaa tai muuta psykoosisairautta sairastava perheenjäsen. Moniperheryhmän kasvavan suosion takana on todennäköisesti sen kustannustehokkuus. (Asen 2002, 6-7, 14.) Ryhmän vaikuttavuuden arvellaan johtuvan sosiaalisen verkoston kasvusta potilaalla ja hänen omaisillaan. Verkoston kasvu mahdollistaa foorumin, jossa voi jakaa kokemuksiaan ja vähentää stigmatisoitumista. (Johansson & Berg 2011, 45-46.)

2.2 Vertaistuki

Vertaistukiryhmien keskeiset teemat ovat vertaistuki ja kokemusten ja tiedon jakaminen sekä vaihtaminen. Ihmisillä on tarve sekä jakaa kokemuksiaan että saada tietoa samankaltaisessa elämäntilanteessa olevilta. (Nylund 2005, 195-199.) Vertaistuki perustuu ihmisten väliseen arkiseen kohtaamiseen ilman minkäänlaisia identiteettimääryksiä. Tässä identiteettimääryksillä tarkoitetaan sitä, ettei vertaisryhmissä kohdata ihmistä minkään tietyn identiteetin perusteella. Vertaistuellla tarkoitetaan kohdattujen vaikeuksien ja vaativien elämäntilanteiden keskinäistä jakamista. Vertaisauttamisessa on mukana uusia tapoja jäsentää kokemuksia ja yhteisöllisyyttä osana vastavuoroista tukea. Vertaistuki luokitellaan helposti uudeksi auttamistyön menetelmäksi tai vastaavasti se voidaan nähdä ammatillisen työn kilpailijana. (Hyväri 2005, 214.) Suomessa vertaistuen palveluita on saatavilla vapaaehtoistoiminnan keskuksissa ja kohtauspaikoissa. Myös järjestöt ovat suuressa roolissa vertaisryhmien perustamisessa. (Nylund 2005, 202.)

Vertaistukiryhmät ovat usein vastavuoroisia suhteita, jotka ovat keskittyneitä auttamiseen ja tukemiseen. Niissä käsitellään usein kriittisiä ja kriisiytyneitä elämäntilanteita yhdessä, mutta niissä voidaan samalla luoda yhteisyyttä. Vertaistukea ei voi pitää terapiasuhteena tai minään muuna virallisena sosiaali- tai terveystalvveluna. Vertaisryhmään voi kuitenkin tukeutua, kunhan sille on luotu suotuisat olosuhteet. Pelkästään kokemusten kertominen tai tunnustaminen

ei riitä, sillä vertaistukeen perustuvien suhteiden luominen edellyttää kokemusten jakamista ja vuorovaikutteista kohtaamista. Tarvitaan siis yhteisesti jaettu sosiaalinen tilanne, jossa vastaanottajat ovat kertomuksen aktiivisia osallistujia. Vertaissuhteessa vastaanottaja eläytyy kertojan läpikäymiin tilanteisiin ja tunteisiin sillä tavoin, kuin ne olisi tapahtuneet hänelle itselleen. (Hyväri 2005, 215-225.) Vertaisuus ei kuitenkaan tarkoita välttämättä samaistumista, vaan erilaisuuden kunnioittamista (Hokkanen 2003, 206).

Vertaistuki on koettu omaisten keskuudessa erittäin merkittäväksi. Se tarjoaa mahdollisuuden jakaa kokemuksia ja saada tukea toisilta sekä olla itse tukena muille. Vertaistukea pidetään tukitoiminnan muodoista yhtenä tärkeimpänä. Ainoat, jotka todella osaavat eläytyä ja ymmärtävät, mitä toiset tuntevat, ovat vertaiset. Tärkeänä tehtävänä vertaisryhmissä on omaisen tietoisuus siitä, että hän ei ole yksin asioiden ja tunteiden kanssa. (Arjessa mukana omaistyön käsikirja 2009, 30.) Vertaistukea voi saada ja antaa monin tavoin erilaisissa muodoissa. Vertaistukea voi olla kahden henkilön välillä, ryhmissä tai verkostoissa. Usein samassa elämäntilanteessa olevan kahden henkilön vertaistukisuhde syntyy spontaanisti. Vertaistukiryhmissä taas toisilleen ennestään tuntemattomat henkilöt tapaavat toisiaan tietyin väliajoin, kuten kerran viikossa tai kuukaudessa. Ryhmän perustajana voi toimia yksityishenkilö tai ammattilainen yksin tai yhdessä. Tarkoituksena vertaistukiryhmässä on jakaa kokemuksia yhdessä toisten ryhmäläisten kanssa. (Nylund 2005, 203.)

Vertaistuki ja kokemustiedon jakaminen tapahtuvat usein suunnittelemattomasti. Kahden henkilön välisestä vertaistuesta voidaan siirtyä säännöllisiin ryhmätapaamisiin. Myös vertaisryhmissä henkilö voi tavata uusia ystäviä. Vertaisryhmissä keskustellaan usein muustakin kuin sen hetkisestä elämäntilanteesta tai ongelmista. On siis syytä pohtia luottamuksellisuutta ja salassapitoa vertaisverkostoissa. (Nylund 2005, 203-205.) Vertaistuki voi tiivistyä myös ryhmätapaamisista kahden ihmiseen väliseen vertaistukeen. Esimerkiksi moniperheryhmä on ryhmämuotoinen tukitoimi. Vaikka moniperheryhmä ei olekaan vertaistukiryhmä, vertaistuki kuitenkin ilmenee moniperheryhmässä ja on osa ryhmässä tapahtuvaa toimintaa. Ryhmässä osallistujat voivat tutustua toisiinsa paremmin ja jopa ystäväystyä keskenään. Näin alunperin ryhmässä tapahtunut vertaistuki voi johtaa myös kahden henkilön väliseen tai pienemmässä ryhmässä tapahtuvaan vertaistukeen moniperheryhmän ulkopuolella.

2.3 Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi

Suurin osa omaisten hyvinvointia koskevista tutkimuksista on tehty Kanadassa, Yhdysvalloissa ja Englannissa (Nyman & Stengård 2005, 9). Suomessa Nyman ja Stengård (2001, 20-21) ovat tutkineet mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointia ja sitä, mitkä tekijät vaikuttavat omaisten selviytymiseen läheisen sairastuessa psyykkiseen sairauteen. Tutkimuksessa selvitetiin mielenterveyspotilaan omaisen hyvinvointiin vaikuttavia kuormitustekijöitä ja voimavaroja. (Nyman & Stengård 2001, 20-21.)

Aiemmissa tutkimuksissa mielenterveyspotilaiden omaisen kuormittuneisuus on jaettu yleensä subjektiiviseen ja objektiiviseen. Subjektiivisuudella tarkoitetaan omaisen tunteita ja reaktioita, jotka liittyvät läheisen sairastumiseen. Objektiivisuudella tarkoitetaan kuormittuneisuutta läheisen käyttäytymisestä ja siitä aiheutuvia ongelmia omaisen elämässä. (Nyman & Stengård 2001, 20-21.) Nyman ja Stengård (2001, 12-18) kuvaavat omaisten hyvinvointia viiden t:n jatkumona: tilanne, tuki, tulkinta, toiminta ja tyytyväisyys.

Tilanne viittaa omaisen sosioekonomisiin taustatekijöihin kuten ikään, sukupuoleen ja koulutukseen sekä omaisen ja sairastuneen väliseen suhteeseen, joiden on todettu vaikuttavan subjektiiviseen kuormitukseen, jota omainen kokee. Läkkäämmät omaiset ovat helpommin huolestuneita sairastuneen asumisesta ja taloudellisesta toimeentulosta, nuoremmat sen sijaan kuormittuvat helpommin sairastuneen käyttäytymisestä. Yhdessä asuminen sairastuneen kanssa kuormittaa omaista enemmän kuin se, että he asuisivat toisistaan erillään. Sukulaisista kuormittuneimpia ovat vanhemmat. Läheisen sairastaminen voi aiheuttaa huolta, taloudellisia ongelmia, rajoittaa vapaa-ajan käyttöä tai heikentää omaisen fyysistä tai psyykkistä terveyttä. (Nyman & Stengård 2001, 12-18.)

Tuki ilmentää omaisen sosiaalisia tukiverkostoja ja sosiaalista pääomaa. Tähän lukeutuvat ystävyyssuhteet, asumisjärjestelyt, harrastukset ja kuuluminen esimerkiksi järjestöihin ja työyhteisöön. Omaisen kuormittuneisuus on vähäisempää, kun hänellä on käytössä monenlaisia selviytymiskeinoja ja verkosto, joka tarjoaa sosiaalista tukea. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat osa tätä tukea. Omaisen psyykkinen kuormittuneisuus vähenee, kun hän saa tietoa läheisen sairaudesta ja hoidosta. (Nyman & Stengård 2001, 12-18.)

Tulkinta tarkoittaa niitä emotionaalisia ja tiedollisia prosesseja, joiden avulla omainen kokee tilanteensa. Tulkinnat perustuvat maailmankuvaan ja arvostuksiin, mutta ovat myös yhteydessä aiemmin koettuun ja opittuun. Erilaiset tulkinnat vaikuttavat siihen, miten omainen toimii huolenpitotehtävässään sekä millaisia stressinhallinta- ja selviytymiskeinoja hän käyttää. Huolenpitotehtävän koettu kuormittavuus ja omaisen minäkuva ovat osa tulkintaa. (Nyman & Stengård 2001, 12-18.)

Toiminnalla tarkoitetaan niitä huolenpitotehtäviä, joista omainen kantaa vastuun. Huolenpidon tehtävät, joita omainen hoitaa, voidaan jakaa Nymanin ja Stengårdin (2001, 12-18) mukaan neljään osaan: käytännön arkiaskareet, sairastuneen valvominen hänen itselle tai toisille vahingollisen toiminnan varalta, omaisen yleinen huolestuneisuus sekä vuorovaikutuksen jännittyneisyys ja ristiriidat omaisen tai lähipiirin ja sairastuneen välillä. Tehtävät määräytyvät läheisen sairaudesta, toimintakyvyn puutteista ja niistä tehtävistä, joista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eivät vastaa. (Nyman & Stengård 2001, 12-18.)

Viides t omaisten hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden jatkumosta on tyytyväisyys. Tyytyväisyyteen vaikuttaa kaikki edellä mainitut neljä muuta teemaa. Omaisen tilanne, tuki, tulkinta ja toiminta vaikuttavat kaikki siihen, kuinka kuormittavaksi omaisen läheisensä sairastamisen kokee. Läheisen psyykinen sairaus vaikuttaa usein epäedullisesti omaisen taloudelliseen tilanteeseen ja perheen sisäisiin ihmissuhteisiin. Lisäksi moni omaisen kokee, että sairastuneen auttaminen käytännön asioissa vaikuttaa kuormittavasti heidän elämäänsä. On kuitenkin huomattavia eroja yksilöiden välillä siinä, kuinka paljon läheisen sairastuminen vaikuttaa omaisen elämään ja siihen kuinka tyytyväinen omaisen elämäänsä on. (Nyman & Stengård 2001, 12-18.)

Omaisten hyvinvointiin liittyvät asiat voidaan jaotella kolmeen ryhmään, jotka ovat taloudelliseen tilanteeseen liittyvät tekijät, läheisen hoitotilanteeseen liittyvät tekijät ja sosiaaliseen tilanteeseen liittyvät tekijät. Vaikea taloudellinen tilanne vaikuttaa omaisen kuormittuneisuuteen. Lisäksi taloudellista tilannetta heikentää huolenpitotehtävästä johtuvat seikat, jotka vaikuttavat työssäkäyntiin, ajankäyttöön, itsensä kehittämiseen ja virkistäytymiseen sekä taloudenpitoon. Tekijöitä, jotka liittyvät läheisen hoitotilanteeseen ovat muun muassa potilaan toimintakyky, omaisen tyytyväisyys mielenterveysalan ammattilaisten toimintaan ja huolenpitotilanne. Sosiaalisten verkostojen tukeen ja hoitojärjestelmän tarjoamaan apuun perustuvat selviytymiskeinot ja voimavarat ovat asioita, jotka liittyvät sosiaaliseen tilanteeseen. Omaisten selviytymiskeinot läheisen sairastuessa vaihtelevat huolenpitotilanteen vaativuuden ja omaisten tietojen, taitojen ja käytettävissä olevan sosiaalisen tuen mukaan. Tutkimuksissa selviytymiskeinojen on huomattu jakautuvan kolmeen kategoriaan: käytännön asioiden hoitaminen ja siinä tarvittavien valmiuksien kehittäminen eli tilanteen hallinta, kognitioiden ja merkitysten aktiivinen muokkaaminen eli merkitysten hallinta ja huolenpitotehtävässä ilmenevän kuormittuneisuuden käsittely ja purku eli stressin hallinta. (Nyman & Stengård 2001, 20-93.)

Nymanin ja Stengårdin (2001, 41) tutkimuksessa tilanteen hallintaan liittyviä yleisimpiä selviytymiskeinoja olivat pyrkimys oppia sairaudesta mahdollisimman paljon, vain välttämättömien asioiden tekeminen, toiminnan keksiminen läheiselle ja pyrkimys olla tiukka potilaan käyttäytymisen ohjauksessa. Merkitysten hallintaan liittyviä selviytymiskeinoja olivat muun muassa pyrkimys ymmärtää sairauden laatua, pyrkimys hyväksyä potilas omana itsenään, pyrkimys keskittyä tähän hetkeen tulevaisuuden sijaan ja huumorintajun säilyttäminen. Lisäksi stressin hallintaan liittyvät yleisimmät selviytymiskeinot olivat ajan viettäminen yksin, syöminen, lukeminen, liikunnan harrastaminen ja television katsominen. (Nyman & Stengård 2001, 41.)

Omaisista ei aina nähdä yksilöllisinä tuen tarvitsijoina hoitotahojen toimesta, jolloin omaiselle suunnatut tukitoimet saattavat jäädä vähäisiksi. On selvää, että läheisen sairaus vaikuttaa

myös omaisen elämään. Omainen tulee nähdä yksilönä, joka tarvitsee tukea esimerkiksi läheisen sairauden hyväksymisessä ja sen kanssa elämisessä ilman ylikuormittuneisuutta. Siksi on tärkeää tutkia omaisille suunnattuja tukimuotoja, jotta ne palvelisivat käyttäjiä mahdollisimman hyvin. Omaisille tarjottava tuki voi helpottaa muun muassa omaisten jaksamista, kuormittuneisuutta ja huolestuneisuutta ja tätä kautta tukea heidän hyvinvointiaan. Tämä voi vaikuttaa myös omaisen ja sairastuneen läheisen väliseen suhteeseen myönteisesti omaisen kuormittuneisuuden vähentyessä.

3 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön aineistonkeruun toteutimme teemahaastatteluilla. Etukäteen valitut teemat, joita teemahaastattelussa hyödynnetään, perustuvat tutkimuksen viitekehukseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn (Tuomi & Sarajärvi 2002, 66-68). Haastattelurungon tekemisessä hyödynsimme erityisesti Nymanin ja Stengårdin (2001) tutkimusta, jossa he tutkivat mielen-terveyspotilaiden omaisten hyvinvointia. Tutkimus antoi meille käsityksen siitä, kuinka hyvinvoivia mielenterveyspotilaiden omaiset ovat ja mitkä tekijät vaikuttavat heidän hyvinvointiinsa. Haastattelimme kolmea ryhmään osallistunutta psykoosipotilaan omaista siitä, miten he kokevat ryhmästä saamansa tuen. Näkökulmana oli henkilön subjektiiviset kokemukset ryhmään osallistumisesta sekä ryhmän toiminnasta.

Tutustuimme myös teorioihin moniperheryhmästä toimintamallina. Kävimme tutustumassa keväällä 2016 meneillään olleeseen ryhmään ja kerroimme osallistujille itsestämme sekä opinnäytetyöstämme. Tällä toivoimme olevan vaikutusta halukkaiden osallistujien määrään. Samalla pystyimme kertomaan opinnäytetyön tavoitteista ja näin ollen myös vastaamaan mahdollisiin kysymyksiin opinnäytetyötämme koskien. Ymmärrys moniperheryhmästä teoreettisella ja konkreettisella tasolla auttoi meitä määrittelemään, millaista tukea omainen voi saada ryhmästä. Teemahaastattelun teemat valitsimme sen perusteella, millaisia elementtejä moniperheryhmän toimintaan sisältyy. Elementit edustivat niitä tuen muotoja, joita omainen voi ryhmästä saada. Yhtenä tukimuotona moniperheryhmässä oli vertaistuki, jonka teoriaan tutustuimme kirjallisuuden avulla.

3.1 Teemahaastattelu ja haastattelukysymykset

Haastattelu on varsin joustava menetelmä, joka sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Se onkin yksi käytetyimmistä tiedonkeruumuodoista (Hirsijärvi & Hurme 2004, 34). Koska pyrimme opinnäytetyössämme selvittämään moniperheryhmän omaisten kokemuksia saamastaan tuesta, koimme, että haastattelu oli luontevin keino aineiston keräämiseen. Aihe on hyvin subjektiivinen ja vastaukset perustuivat haastattelemamme omaisen omiin kokemuksiin ja tulkintoihin. Koimme, että teemahaastattelun keinoin haastattelu pysyi aiheessa, mutta antoi

tilaa haastateltavan omille tulkinnoille. Teemahaastattelussa korostetaan ihmisen omaa tulkintaa asiasta, heidän asialle antamia merkityksiä ja sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 66-68).

Kaksoisroolissa olevilla omaisilla tarkoitamme henkilöitä, jotka itse sairastavat psykoosisairautta, mutta ovat myös psykoosipotilaan omaisia. Emme huomioineet tutkimuksessamme kaksoisroolissa olevia omaisia, koska oletimme, että roolien sekoittuminen saattaa vaikuttaa tutkimustuloksen luotettavuuteen. Koimme, että haastateltava ei välttämättä osaa erotella rooliaan omaisena ja potilaana tarpeeksi selkeästi niin, että kykenisi vastaamaan haastattelukysymykseen puhtaasti omaisen roolissa. Tutkimukseen osallistuneet omaiset olivat joko moniperheryhmään osallistuneita psykoosipotilaan sukulaisia tai puolisoita. Huomioimme myös sellaiset omaiset, jotka olivat osallistuneet moniperheryhmän toimintaan aikaisempina vuosina.

Haastatteluiden yleisenä pääteemana oli tuki, jota omaiset saivat moniperheryhmästä. Haastattelun sivuteemoiksi valikoituivat vertaistuki, tiedon jakaminen ja ryhmän toiminta. Teemojen avulla kartoitimme haastateltavien saamaa tukea moniperheryhmästä. Muotoilimme kysymykset haastattelurunkoon mahdollisimman avonaisiksi, jotta haastateltavalla olisi mahdollisimman vapaa tulkinta esitetyistä kysymyksistä. Ohjaavat kysymykset olivat kuitenkin mietitty tarkkaan, jotta välttyisimme runsaalta keskustelun sivuraiteille ajautumiselta.

Kohdennetulla eli teemahaastattelulla on tiettyjä ominaispiirteitä. Tiedetään jo valmiiksi, että haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen. Toiseksi, tutkija on alustavasti selvittänyt tutkittavan ilmiön tärkeitä osia, rakenteita ja kokonaisuutta. Viimeiseksi haastattelu suunnataan tutkittavien henkilöiden subjektiivisiin kokemuksiin. Teemahaastattelu lähtee siitä oletuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia ja tunteita voidaan tutkia tällä menetelmällä. Teemahaastattelussa oleellista on, että haastattelu etenee keskeisten teemojen varassa. Tämä auttaa tuomaan tutkittavien äänen kuuluviin. (Hirsijärvi & Hurme 2004, 47-48.)

Teemat ja haastattelujen kysymykset suunnittelimme tutkimuskysymyksen pohjalta ja moniperheryhmämallin teoriaa hyödyntäen. Haastatteluissa hyödyntämämme haastattelurunko on liitteenä 1. Jokaisessa teemassa kysyimme tarkentavia kysymyksiä, jotka liittyivät potentiaaliin moniperheryhmästä saatavaan ja tarjottavaan tukeen. Otimme kysymyksissämme huomioon myös sen mahdollisuuden, ettei haastateltava kokenut saaneensa tarvitsemaansa tukea ryhmästä. Kysyimme muun muassa sitä, millaista tietoa he ovat saaneet ryhmästä ja kuinka saatu tieto on vaikuttanut heidän jaksamiseensa. Paneudumme myös omaisten kokemuksiin saadusta vertaistuesta ja sen vaikutuksista. Kartoitimme toisaalta sitäkin, kuinka ryhmän toiminta palvelee osallistujia. Lisäksi annoimme kysymysten avulla omaisille mahdollisuuden kertoa itse, millaista tukea he olisivat tarvinneet tai kaivanneet ryhmätoiminnassa enemmän.

Tarkoituksena oli alun perin haastatella enintään kahdeksaa omaista. Pyrimme usean yhteydenoton avulla saamaan mahdollisimman monta haastateltavaa ja loppujen lopuksi haastateltuja oli kolme. Aineistoa kerääntyi yhteensä 5 tuntia ja litteroituna 18 sivua. Haastattelut toteutimme poliklinikan tiloissa, jotka olivat omaisille jo ennestään tutut. Kumpikin meistä osallistui haastatteluihin, jotka nauhoitimme litterointia varten. Pyrimme pitämään tilanteen mahdollisimman keskustelunomaisena ja luontevana. Pyrimme myös luomaan sellaisen ilmapiirin, jossa haastateltavan omaisen olisi mahdollisimman helppo kertoa henkilökohtaisista asioistaan. Haastattelun alussa tarkensimme vielä haastateltavalle omaiselle, mihin tarkoitukseen haastattelumateriaalia hyödynnetään ja että nauhoitamme haastattelun. Toteutetimme haastattelut touko-kesäkuussa 2016.

Haastattelulla on monia etuja. Siinä pyritään korostamaan sitä, että ihminen nähdään subjektiivisena tutkimustilanteessa. Henkilölle on annettava mahdollisuus mahdollisimman vapaasti tuoda esiin itseään koskevia asioita. Tutkimuksessa ihminen on merkityksiä luova ja aktiivinen osapuoli. Haastateltavan puhe sidotaan laajempaan kontekstiin ja lisäksi halutaan selvittää vastauksia ja syventää saatavia tietoja. Haastattelun etuna on myös, että sen avulla voidaan tutkia arkoja tai vaikeita aiheita. (Hirsijärvi & Hurme 2004, 35.)

Puolistrukturoidussa haastattelussa valmiit kysymykset ovat samat kaikille haastateltaville, mutta vastauksia ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin. Tällöin haastateltavat voivat vastata esitettyihin kysymyksiin omin sanoin. Kysymykset voidaan määrätä ennalta, mutta haastateltaja voi vaihdella niiden sanamuotoa eri haastateltavien kanssa. Puolistrukturoiduille menetelmille on ominaista, että jotkin haastattelun näkökulmat on päätetty, mutta myös laajemmalle näkökulmalle on jätetty varaa. (Hirsijärvi & Hurme 2004, 47.) Pyrimme jokaisessa haastattelussa luontevaan keskustelunomaiseen tilanteeseen, joten jokainen haastattelu muotoutui omanlaisekseen. Emme noudattaneet kaavamaisesti etukäteen suunnittelemaamme haastattelurungon järjestystä. Kävimme teemat läpi siinä järjestyksessä, kun se haastattelun kannalta tuntui sopivimmalta. Lisäkysymyksiä esitimme aina tarpeen mukaan. Lisäkysymysten tarkoituksena oli täsmentää haastateltavan antamaa vastausta. Vastauksen keskeisen sanoman ymmärtämiseksi saatoimme myös toistaa haastateltavan vastauksen omin sanoin. Näin pystyimme varmistamaan, että ymmärsimme keskeisen sanoman omaisen kertomasta.

Keskustelunomaisuus antoi omaiselle mahdollisuuden kertoa itse aiheesta siinä järjestyksessä, kuin se hänelle itselleen tuntui sopivalta. Keskustelunomaisuudella pyrimme myös välttämään omaiselle tulevaa tunnetta siitä, että häneltä udellaan tai häntä kuulustellaan. Haastattelurungon kaavamainen seuraaminen olisi myös voinut vaikuttaa tilanteen ilmapiiriin tehden siitä väkijärven oloista. Hirsijärven ja Hurmeen (2004, 34) mukaan haastattelutilanteessa on mah-

dollista säädellä aiheiden järjestystä. Tutkittavan kanssa ollaan haastattelussa suorassa vuorovaikutuksessa ja tällainen tilanne luo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa tilanteessa itsessään. Samalla on mahdollista nähdä motiiveja, jotka piilevät vastausten taustalla. Non-verbaalit vihjeet voivat auttaa ymmärtämään vastauksia tai jopa merkityksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 34.)

3.2 Aineiston litterointi ja analysointi

Laadullisen aineiston analyysin tavoitteena on saada aineistoon selkeyttä. Sillä pyritään aineiston tiivistämiseen kadottamatta silti sen informaatiota. Aineistoa voidaan analysoida käyttäen erilaisia polkuja. Ensinnäkin aineisto voidaan purkaa ja siirtyä siitä suoraan analyysiin. Toisaalta aineisto voidaan purkamisen jälkeen koodata ja siirtyä sen jälkeen analyysiin tai purkamis- ja koodaamisvaiheet voidaan yhdistää. (Eskola & Suoranta 1998, 100-109.) Laadullisella analyysillä on tiettyjä peruspiirteitä. Analyysi alkaa usein jo haastattelutilanteessa ja tutkija saattaa jo haastattellessaan tehdä havaintoja ilmiöistä. Toisekseen aineistoa analysoidaan usein lähellä aineistoa ja kontekstia. Kvalitatiivinen tutkimus säilyttää aineistonsa sanallisessa muodossa. Lisäksi tutkija käyttää joko induktiivista tai aduktiivista päättelyä. Viimeisenä pääpiirteenä on, että analyysitekniikat ovat moninaisia ja lisäksi on erilaisia työskentelytapoja. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on vain vähän standardoituja tekniikoita. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 135-136.)

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sillä kerätty aineisto saadaan sellaiseen muotoon, jonka avulla voidaan tehdä johtopäätöksiä. Sisällönanalyysillä etsitään tekstin merkityksiä. Analyysi aloitetaan analyysirungon tekemisellä, johon määritellään luokituksia, jolloin aineistosta voidaan kerätä analyysiin kuuluvat sekä analyysirungon ulkopuolelle jäävät asiat. Ulkopuolelle jäävistä voidaan muodostaa vielä uusia kategorioita. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 104-105, 116-118.) Haastattelija tulkitsee litteroitua aineistoa yksin tai yhdessä muiden tutkijoiden kanssa. Tässä voidaan käyttää kolmea erilaista menetelmää. Ensiksi aineistoa järjestetään ja tuodaan esiin sen rakentuminen. Toiseksi aineistoa selvennetään, jolloin siitä eliminoidaan asiaan kuulumattomia osia. Kolmantena päästään varsinaiseen analyysiin. Se merkitsee muun muassa tiivistämistä, luokittelua ja tulkintaa. Teemahaastattelulla kerätty aineisto on usein runsas. Yleensä kaikkea materiaalia ei tarvitse analysoida, eikä tutkija kaikissa tapauksessa edes kykene hyödyntämään kaikkea keräämäänsä aineistoa. Analysointitapa on mietittävä jo aineistoa kerättäessä. Ennalta harkittua analyysitapaa voidaan käyttää ohjenuorana suunnitellessa haastattelua ja sen litterointia. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 135-137.)

Nauhoitimme kaikki haastattelutilanteet, minkä jälkeen kirjoitimme ne puhtaaksi. Puhtaaksi kirjoittamisen vaiheessa kirjoitimme nauhoitetut haastattelut sanasta sanaan. Tämän jälkeen

karsimme raaka-aineistosta tutkimuksen kannalta epäoleelliset ilmaukset. Epäoleellisina ilmauksina pidimme esimerkiksi tietoja, joista haastateltavan voisi tunnistaa tai aiheen vierestä olevat asiat kuten keskustelut heidän muusta elämästään. Haastattelujen jälkeen litteroidusta aineistosta koottiin ne ilmaukset, jotka vastasivat kysymyksiimme ”millaista tukea omainen on saanut?” ja ”miten ryhmä omaisen mielestä toimii käytännössä?”. Ilmauksista muodostettiin kategoriat, joita oli neljä: tieto, vertaistuki, voimavarat ja ryhmän toiminta.

Litteroidun aineiston analysoinnissa hyödynsimme teoriasidonnaista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi voidaan jakaa sen mukaan, miten teoria tai teoreettisuus analyysissä korostuu. Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, jolloin aikaisemmillä havainnoilla, teorioilla ja tiedoilla ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kannalta. Teorialähtöisessä analyysissä sen sijaan nojaututaan johonkin tiettyyn teoriaan tai malliin ja tutkittava ilmiö määritellään jonkin jo tunnetun mukaan. Tutkimuksessa malli esitellään ja sen mukaan määritellään esimerkiksi tutkimuksen kannalta kiinnostavat käsitteet. Kun analyysi toteutetaan niin, että siinä on tiettyjä teoreettisia kytkentöjä, mutta se ei pohjaudu suoraan teoriaan, puhutaan teoriasidonnaisesta analyysistä. Tällaisessa analyysissä on tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus, mutta sen merkitys ei ole teoriaa testaava vaan lähinnä uusia ajatussuuntia aukova. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97-99.)

Litteroinnin jälkeen keräsimme aineistosta sellaiset ilmaukset, jotka ilmaisivat sitä, millaista tukea omainen on kokenut saavansa. Kootut ilmaukset pelkistimme niin, että saimme niiden keskeisen sisällön esiin. Kategorioimme nämä ilmaukset ja taulukoimme ne kategorioiden mukaan (taulukko 1). Teimme vastaavia taulukoita jokaisesta ilmauksesta, jotka liittyivät omaisen kokemuksiin saadusta tuesta. Taulukoimalla raakahavainnot, pyrimme tiivistämään aineiston muotoon, josta voimme tehdä helpommin johtopäätöksiä. Alasuutarin (2011, 32-34) mukaan laadullisessa analyysissä ei pyritä etsimään tyyppitapauksia tai keskiarvoja, vaan yksikin poikkeus kumoaa säännön. Havaintojen yhdistämisellä pyritään luomaan havainto, joka pätee kaikkiin raakahavaintoihin. Kuitenkin erot havaintoyksiköiden välillä ovat tärkeitä, sillä ne antavat johtolankoja siitä, mistä jokin asia johtuu tai mikä tekee sen ymmärrettäväksi. Laadullisessa analyysissä on pyrkimyksenä pelkistää raakahavainnot mahdollisimman suppeaksi havaintojen joukoksi. (Alasuutari 2011, 32-34.)

Taulukon ensimmäisessä sarakkeessa on suora lainaus, joka on nauhoitteen perusteella litteroitu haastateltavan karsimaton ilmaus. Toisessa sarakkeessa on tiivistetty ilmaus, johon olemme tiivistäneet suoran lainauksen tiiviiseen ja helposti luettavaan muotoon. Viimeisessä sarakkeessa ovat kategoriat, jotka on jaoteltu ilmaukseen sisältyvän teeman mukaisesti. Kategorioita muodostui aineiston perusteella neljä ja ne olivat tieto, tuki, voimavarat sekä ryhmän toiminta. Jaoimme vertaistuen vielä seuraaviin alakategorioihin: saanut vertaistukea ja

ollut avuksi muille. Myös voimavarat jaoimme alakategorioihin, joita ovat tunne ryhmään kuulumisesta sekä toivo.

Suora lainaus	Tiivistetty ilmaus	Kategoria
” hurjasti saanut vertaistukea ihmisiltä, jotka on samassa elämäntilanteessa. Tietysti myös siitä toisesta näkökulmasta on ollu hyvä kuulla ihmisiltä, että jos oma lapsi sairastaa, et mitä sillon ne asiat on”	saanut vertaistukea	Saanut vertaistukea
” Siinä mielessä ois tärkeä että sitte ku on ite saanu sitä apua ni pystyis siinä sitte osaltaan ehkä auttaan jotain toista.”	muiden auttaminen	Ollut avuksi muille

Taulukko 1 Esimerkki ilmausten pelkistämisestä

Hyödynsimme taulukkoa tulkitessamme aineistoa ja taulukon avulla tulosten tulkitseminen helpottui. Ilmausten kategorioinnin avulla pystyimme helposti jaottelemaan ilmaukset omiin teemoihinsa. Jakamalla ilmaukset kategorioihin, pystyimme näkemään haastatteluista ilmi tulleet vallitsevat teemat. Samalla näimme myös sen, kuinka jo ennen haastatteluja valitsemamme teemat vastasivat teemoja, jotka tulivat aineistosta ilmi toteutuksen jälkeen. Kun olimme teemoitelleet ilmaukset, pystyimme tarkastelemaan tiivistetyn ilmauksen perusteella muun muassa sitä, kuinka usein mikäkin tiivistetty ilmaus, kuten “saanut vertaistukea”, on haastatteluissa tullut ilmi. Suora lainaus helpotti tuloksen esittämistä ja johtopäätösten muodostamista.

Tulkitsimme haastatteluista saamaamme tietoa siitä, millaista tukea omainen on saanut moniperheryhmästä ja miten hän on kokenut sen vaikuttavan hänen hyvinvointiinsa. Haastatteluista muodostamamme kategoriat tieto, tuki ja voimavarat kuvaavat omaisen saamaa tukea moniperheryhmästä. Kategoriassa ryhmän toiminta kuvaamme sitä, miten omaisten mielestä ryhmän toimintaa tulisi kehittää ja mikä sen toiminnassa on jo hyvää. Esittelemme tulokset neljännessä luvussa. Jokainen kategoria on esitelty tuloksissa erikseen. Olemme myös liittäneet suoria lainauksia haastatteluista tulosten yhteyteen. Suorat lainaukset tukevat johtopäätöksiämme ja auttavat ymmärtämään paremmin tuloksia, jotka esitämme luvussa neljä.

3.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikan perusteisiin kuuluu, että tutkittavalle tulee taata mahdollisuus säilyä anonyminä valmiissa tutkimuksessa. Anonyymiys helpottaa tutkimustilannetta, sillä tutkittavan on todennäköisesti helpompi kertoa tutkimustilanteessa myös vaikeista aiheista. Tutkittavat voivat kertoa aiheista vapaammin, sillä anonyymiys toimii ikään kuin suojana. Voi olla helpompaa keskustella vaikeistakin aiheista, kun tutkittavan henkilöllisyys pidetään salassa. Tutkijan

tehtävänä on varmistaa, että tutkittavan tunnistettavuus olisi mahdollisimman vähäinen. Valmiissa tutkimuksessa tutkittavien henkilöllisyys voidaan salata eri tavoin. Tutkittaviin voidaan esimerkiksi viitata numeroilla, kirjaimilla tai käyttämällä keksittyjä nimiä. On kuitenkin varmistettava, ettei tutkittavaa voida tunnistaa paljastamalla hänen taustaansa. Anonymiteetti on päämäärä, johon tutkijan tulee pyrkiä parhaansa mukaan, vaikka henkilöllisyyden täysi salaaminen ei olekaan täysin taattua. (Mäkinen 2006, 114.)

Pyrimme takaamaan haastateltavien anonyymiyden niin, että tekemässämme opinnäytetyössä ei ole tietoja, joista henkilön voisi tunnistaa. Moniperheryhmään osallistuneita omaisia on kuitenkin melko vähän. On mahdollista, että joku moniperheryhmän jäsenistä pystyy tunnistamaan haastateltavan, sillä he ovat jakaneet paljon ajatuksiaan ja tunteitaan ryhmän aikana. Emme kuitenkaan koe, että tämä olisi vaikuttanut tulostemme luotettavuuteen, sillä asiat, joita käsitelimme haastatteluissa ovat mitä ilmeisemmin tulleet esille myös moniperheryhmän tapaamisissa. Ryhmän ulkopuolisen on kuitenkin vaikea tunnistaa henkilöä tutkimuksemme, sillä emme ole maininneet valmiissa raportissa mitään henkilötietoja. Tulosten luotettavuuden kannalta emme kokeneet olevan merkitystä haastateltavan henkilötiedoilla. Erityisesti koska aineistomme on melko suppea, joten emme voi tehdä yleistyksiä sukupuolen, iän tai muiden henkilötietojen perusteella. Salasimme haastateltavien henkilöllisyyden jättämällä analyysivaiheessa pois lähes kaikki sellaiset henkilökohtaiset tiedot, joista henkilön voisi tunnistaa. Lopulta äänitallenteet ja litteroitu aineisto hävitettiin, jotta anonyymiyys säilyy myös jatkossa.

Mäkisen (2006, 114) mukaan henkilöiden anonyymiyys lisää tutkijan vapautta. Tutkijan on helppompaa käsitellä tutkimuksessaan arkoja aiheita, sillä tutkittavien anonyymiyys poistaa pelon siitä, että tutkittavalle aiheutuisi haittaa tutkimukseen osallistumisesta. Lisäksi se edistää tutkimuksen objektiivisuutta tekemällä arkojen aiheiden käsittelyn helpommaksi. Anonyymiyys rohkaisee ihmisiä puhumaan suoraan ja rehellisesti. Tämä taas helpottaa tutkimuksen kannalta olennaisten tietojen keräämistä. Anonyymiyys suojaa myös muita keskusteluissa esille tulleita henkilöitä. (Mäkinen 2006, 114.) Läheisen sairastuminen voi olla haastateltavalle sellainen aihe, josta on vaikea puhua erityisesti haastattelijoille, joita ei kunnolla tunne.

Vaikka emme varsinaisesti kysyneet henkilön perhetilanteen ja sairauden kehittymisestä, sivusimme aihetta ja usein haastateltava toi itse esiin tärkeäksi kokemiaan seikkoja myös läheisensä sairaudesta. Nämä tiedot auttoivat meitä ymmärtämään haastattelussa esiin tulleita muita seikkoja, mutta emme viitanneet kuitenkaan valmiissa työssä haastateltavan yhteydestä sairastuneeseen läheiseen kuin yleisellä tasolla. Koimme, että tutkimuksen tuloksen kannalta ei ole merkityksellistä kerätä tietoa esimerkiksi haastateltavien iästä, ammatista tai muusta vastaavasta. Tarpeellista tulosten kannalta ei ollut myöskään paljastaa omaisen suhdetta sairastuneeseen.

Kukaan muu meidän lisäksi ei käsitellyt haastatteluaineistoja, nauhoitteita tai litteroituja haastatteluja. Niiden sisältämää tietoa ei hyödynnetty muuhun kuin tämän tutkielman tekemiseen. Jokaisen haastattelun alussa kerroimme tutkittavalle, että haastattelu nauhoitetaan ja pyysimme siihen vielä luvan. Ennen haastattelun aloittamista kerroimme haastateltaville kuinka aineistoa tullaan käsittelemään, ketkä näkevät raaka-aineiston ja valmiin tutkimuksen ja miten anonymiys toteutetaan käytännössä. Selvensimme haastateltaville myös sen, millaista tietoa keräämme ja mitä heidän kertomaansa tietoa jätämme tutkielmastamme pois. Tällä pyrimme takaamaan sen, että haastateltava on varmasti tietoinen, mihin ja miten haastattelusta saatua aineistoa käytettiin. Varmistamalla haastateltaville sen, millaista tietoa käytämme tutkielmassamme, toivoimme haastateltavien uskaltavan puhua vapaammin aiheesta. He uskalsivat mahdollisesti puhua yksityiskohtaisemmin kokemuksistaan tietäen, ettemme paljasta esimerkiksi heidän suhdettaan sairastuneeseen läheiseen.

Luottamuksellisuus tutkimusaineiston käsittelyssä on yhteydessä yksityisyyden käsitteeseen. Ihmisten henkilökohtaisia asioita ja tietoja ei siis levitellä ympäriinsä. Tutkijan lupaus luottamuksellisuudesta tutkimusaineiston käsittelyssä ei kuitenkaan ole täysin riittävä. Tämän lisäksi tutkijan tulee selvittää tutkittavilleen yksityiskohtaisesti se, miten luottamuksellisuus käytännössä taataan tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkittaville on selvitettävä muun muassa se, ketkä pääsevät käsiksi heidän antamiinsa tietoihin ja kuinka heidän anonymiytensä käytännössä säilytetään tutkimuksen aikana ja sen jälkeen. Anonymiteetti on yksi tutkijan päämeloista luottamuksellisuuden takaamiseksi. Luottamuksellisuuden takaaminen on tutkijan moraalinen velvollisuus, ja tutkijan tulee suhtautua siihen asiaan kuuluvalla vakavuudella. (Mäkinen 2006, 114-115.)

Ihmiset käyttäytyvät totutun kaavan mukaisesti vakiintuneessa ympäristössä. Tullessaan tietoisiksi toistensa tavoista, ihmiset pystyvät ennakoimaan myös toistensa käytöstä. Sosiaalinen ekologia tarkoittaa tasapainoa, joka ympäristön eri toimijoiden kesken muodostuu tuttavuuden myötä. Sosiaalinen ekologia on kuitenkin alati muuttuvassa tilassa. Pienetkin tekijät voivat horjuttaa tasapainoa ja uusien henkilöiden ilmestyminen tuttuun ympäristöön vaikuttaa aina merkittävästi. Tämä pätee myös paikalle saapuvaan tutkijaan. Tutkijan on pyrittävä minimoimaan tutkimusympäristölle aiheuttamansa häiriöt, jotta hän voisi saada mahdollisimman hyvin todellisuutta vastaavaa tietoa. Tutkijan saapuminen sosiaaliseen ympäristöön voidaan kokea häiritseväksi, eikä hänen rooliaan välttämättä ymmärretä. Ihmiset tiedostavat tutkijan aseman tarkkailijana, jolloin tutkittavat voivat kokea sen kiusallisena. Paras lähestymistapa tutkijalle on informoida tutkimuksen kohteena olevan ympäristön jäseniä mahdollisimman perusteellisesti tutkimuksen yksityiskohdista ja tutkimusprosessin kulusta. (Mäkinen 2006, 116-117.)

Pyrimme tekemään haastattelutilanteesta mahdollisimman luontevan. Tarjosimme haastateltavalle pientä syötävää ja toteutimme haastattelun tilassa, joka oli haastateltavalle jo ennestään tuttu ryhmätapaamisista. Halusimme luoda mahdollisimman rentoja haastattelutilanteita ja kävimme jo etukäteen kertomassa mahdollisille haastateltaville itsestämme ja tutkimuksestamme. Halusimme kertoa itsestämme, jotta meidän ja haastateltavien väliltä poistuisi mahdollisimman paljon jännitteitä. Koska emme ole toteuttaneet monia haastatteluja aikaisemmin, myös se, että olimme itsekkin jännittyneitä saattoi vaikuttaa haastattelutilanteisiin.

Haastattelulla on menetelmänä paljon hyviä puolia, mutta se pitää sisällään kuitenkin myös ongelmia. Haastattelutapahtuman joustavuuden ja onnistumisen edellytykseksi haastattelijan tulisi kouluttautua, jotta hänellä olisi riittävästi taitoa ja kokemusta. Kaiken lisäksi haastattelu kaikkine prosesseineen vie aikaa. Haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää virheet, joita voi tapahtua niin haastattelijan kuin haastateltavankin toimesta. (Hirsijärvi & Hurme 2004, 35.) Kokemattomuutemme myös näkyi haastattelutilanteessa niin, ettemme osanneet aina ohjailla keskustelun kulkua aiheen kannalta järkevästi. Vaikka olimme valmistautuneet haastatteluihin hyvin ja meillä oli valmiiksi laadittu haastattelurunko, välillä kuitenkin hypäsimme aiheesta toiseen. Haastattelurunko oli muotoiltu huolella ja siinä olevat kysymykset oli järjestelty teemoittain loogiseen järjestykseen. Haastattelu oli kuitenkin elävä tilanne, minkä vuoksi valmista runkoa oli hankala seurata tarkasti. Tämä saattoi vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen.

Haastattelutilanteet olivat eri pituisia haastateltavasta riippuen, mutta jokaisessa saimme käytyä läpi etukäteen määrittelemämme teemat ja aineistomme sisälsi tutkimuskysymyksemme kannalta merkittävää informaatiota. Pyrimme saamaan useamman omaisen osallistumaan opinnäytetyöhömmme, minkä avulla olisimme ehkä saaneet erilaista näkökulmaa moniperheryhmän tarjoamaan tukeen. Haastatteluihin osallistui kuitenkin vain kolme henkilöä ja tämän vuoksi saamamme aineisto oli suppeampi, kuin olimme opinnäytetyötä aloittaessamme toivoneet. Haastateltavat olivat kuitenkin osallistuneet useampana vuonna ryhmän toimintaan, mikä toi heille näkökulmaa ryhmän tarjoamaan tukeen pitkältä aikaväliltä. Saamamme aineiston laatu korvasi aineiston määrän. Lisäksi haastateltavat edustivat kumpaakin sukupuolta ja olivat eri elämäntilanteissa. Tavoittemme oli saada tietoa siitä, millaista tukea omaiset kokevat saavansa moniperheryhmästä. Tähän kysymykseen pystyimme vastaamaan näiden haastattelujen pohjalta. Suurempi aineisto olisi voinut tuoda vaihtelevuutta sen suhteen, miten ryhmä ja sen toiminta koettiin.

Siihen, miksi haastatteluihimme osallistui vain kolme henkilöä, vaikutti varmasti moni tekijä. Pyrimme etukäteen helpottamaan osallistumista, mutta siihen, oliko se tarpeeksi, emme voi vastata. Oma aktiivisuutemme, uusi tapaaminen ryhmän kanssa tai sähköpostiviestin lähettäminen useamman kerran kaikille osallistujille, olisi voinut vaikuttaa osallistujien määrään.

Toisaalta aihe saattoi olla omaiselle sellainen, josta oli vaikea puhua ja siitä johtuen haastatteluun osallistuminen saattoi tuntua epämiellyttävältä. Myös sellaiset omaiset, joiden läheisen sairastuminen oli vielä tuore asia, saattoivat kokea leimaantumista tai epävarmuutta. Kyselylomakkeella olisimme voineet saada enemmän vastaajia, mutta koimme, että haastatteleamalla saamme paremmin tuotua esiin omaisen kokemuksia. Kyselyn tekeminen niin, että se olisi tuonut esiin koko tutkittavan aiheen monimuotoisuuden, olisi ollut haastavaa. Lisäksi kohderyhmämme oli kaiken kaikkiaan pieni. Omaisia, jotka ovat osallistuneet ryhmän toimintaan, ei ole suurta määrää, joten olimme haastateltavien määrän suhteen aluksi ehkä liiankin toiveikkaita.

Tekemämme haastattelut toivat kuitenkin tietoa ja vastauksia päätutkimuskysymykseemme. Vaikka haastateltavien kertomat kokemukset ja ajatukset olivatkin subjektiivisia, eikä niitä näin ollen voi yleistää kaikkiin moniperheryhmään osallistuviin omaisiin, saimme silti hyvin tietoa siitä, millaista tukea omaisen voi saada moniperheryhmästä. Haastatteluista saatu tieto ei vähäisen osallistujamäärän vuoksi ollut niin kattava kuin olimme toivoneet ennen haastattelujen toteuttamista. Saamaamme tietoa voidaan kuitenkin hyödyntää JMT:ssä järjestettävän moniperheryhmän toiminnan tarkasteluun ja mahdollisesti myös kehittämiseen.

4 Tutkimustulokset

Tulokset ovat näiden kolmen haastattelun pohjalta saatu käsitys moniperheryhmän tarjoamasta tuesta. Suurempi materiaali olisi mahdollistanut laajemman käsityksen moniperheryhmän tarjoamasta tuesta, mutta koska tarkoituksemme oli tutkia omaisten kokemuksia, koimme, että jo tällä aineistolla saimme tavoittelemaamme tietoa. Saimme kaikilta haastateltavilta kattavia vastauksia kysymyksiimme. Kaikki haastateltavat osallistuivat samana vuonna Järvenpäässä järjestettyyn ryhmään ja heistä jokainen oli osallistunut ryhmään useampana vuonna. Ensimmäisen kerran haastateltavat olivat kuulleet moniperheryhmästä JMT:n muun hoitotoiminnan kautta.

Moniperheryhmästä kuultuaan haastattelemamme omaiset eivät tehneet heti myönteistä päätöstä ryhmään osallistumisesta. He päättivät lopulta osallistua moniperheryhmään tukeakseen sairastunutta läheistään. Kaikki eivät siis aluksi ajatelleet, että ryhmä olisi hyödyllinen heille itselleen. Kuitenkin haastattelutilanteessa jokainen heistä oli iloinen ryhmään osallistumisesta. Yksi haastateltava korosti tässä myös sitä, kuinka omaiselle suunnattu tuki jää usein vähäiseksi. Tämänkin vuoksi hän piti moniperheryhmää ja siihen osallistumista tärkeänä. Kaikki haastateltavat kokivat saaneensa jonkinlaista tukea moniperheryhmästä. Jokainen haastattelu antoi positiivisen kuvan ryhmään osallistumisesta.

4.1 Tieto

Ryhmän aikana tapaamisissa vieraili erilaisia asiantuntijoita, joilta ryhmäläiset saivat tietoa sairaudesta ja siihen liittyvistä asioista. Ryhmän aikana haastateltavien tieto sairaudesta oli lisääntynyt asiantuntijoiden sekä muiden ryhmäläisten avulla. Muiden ryhmään osallistuneiden kokemusten kuuleminen lisäsi omaisten tietoa siitä, kuinka selviytyä arjesta sairastuneen läheisen kanssa. Asiantuntijoilta saatu tieto auttoi omaisia ymmärtämään itse sairautta paremmin. Saatu tieto koettiin hyödylliseksi ja eräs haastateltavista sanoi sen vähentäneen huolta sairastuneesta sekä tukeneen hänen omaa jaksamistaan. Kaikki haastateltavat olivat saaneet ryhmästä uutta tietoa. He kokivat tiedon vaikuttaneen muun muassa sairauden hyväksymiseen ja oman näkökulman muuttumiseen positiivisemmaksi.

Ryhmästä saatu tieto auttoi omaisia hyväksymään läheisen sairauden ja kaikki haastateltavat kokivat, että ryhmän avulla heidän asenteensa sairautta kohtaan oli muuttunut positiivisemmaksi. Näkökulman muuttuminen ja oman tilanteen näkeminen myös positiivisessa valossa olivat eräitä merkittäviä muutoksia. Haastateltavat näkivät, että lisääntynyt tieto, jonka he ryhmän avulla olivat saaneet, vaikutti muun muassa siihen, miten he suhtautuivat mielenterveyskuntoutujiin tai kuinka he kokivat oman elämäntilanteensa. Jokainen haastateltava koki, että tieto oli vaikuttanut jollain tavalla heidän suhtautumiseensa myös yleisesti henkilöihin, joilla on mielenterveydellisiä ongelmia.

Eräs haastateltavista koki muiden sairastuneiden kohtaamisen lieventäneen hänen omia mieliteitojaan yleisesti mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Hän koki, että ryhmä auttoi häntä ymmärtämään, että sairastuneilla on sama ihmisarvo kuin muillakin. Kaiken kaikkiaan haastateltavien mielestä ryhmästä saatu tieto oli hyödyllistä ja tarpeellista. Haastatteluissa tuli kuitenkin myös ilmi, että osa haastateltavista olisi kaivannut lisää tietoa. Erään haastateltavan mielestä sairastuneita olisi pitänyt huomioida enemmän, jolloin heidän näkökulmansa olisi tullut paremmin esiin.

” et jos nyt aattelis ettei olis ite ollu ollenkaa tämmösessä, ni ois ihan varmaan paljon niinkun kapeempi tavallaan se, et millä tavalla tätä katsois tätä koko mielenterveyskuntoutujien puolta, että hirveesti saanu niinku ihan tietoaapua”

Yksi haastateltavista olisi myös kaivannut enemmän keskustelua selviytymiskeinoista. Lisäksi yksi haastateltavista jakoi kokemuksensa siitä, että hän olisi kaivannut aluksi selvennystä siihen, millä tavalla sairastuneiden hoitopolku etenee ja kuka lääkäreistä ja hoitajista on vastuussa mistäkin. Hän sanoi kuitenkin saaneensa tarvitsemansa tiedon ryhmän aikana, mutta olisi kaivannut sitä jo heti sairauden alussa.

Haastatteluissa kävi ilmi, että moniperheryhmän eräs merkittävä osa-alue tuen saamisen kokemisessa on tiedon lisääntyminen osallistujien keskuudessa. Sekä asiantuntijoilta että muilta sairastuneilta ja heidän omaisiltaan saatava tieto nähtiin tärkeänä tekijänä. Tiedon kuvattiin vaikuttaneen omiin näkemyksiin sairaudesta ja helpottaneen huolta sairastuneesta läheisestä. Kaikki haastateltavista mainitsivat saaneensa uutta ja hyödyllistä tietoa, joka auttaa omia ymmärtämään sairautta ja auttaa heitä jaksamaan paremmin. Yksi haastateltavista myös mainitsi saaneensa jopa sellaista tietoa, jota ei tiennyt tarvitsevensa.

4.2 Tuki

Tuen jaoimme kahteen alaotsikkoon: saanut vertaistukea ja ollut avuksi muille. Päätimme jakaa nämä omiksi osioiksi, sillä haastatteluista ilmeni, että omaiset kokivat tärkeäksi sekä vertaistuen saamisen että sen mahdollistamisen muille. Ilmaukset, joissa haastateltava koki saaneensa tukea muilta ryhmään osallistuneilta, tulkitsimme vertaistuen saamiseksi. Kokemukset siitä, että on voinut auttaa toisia samassa tilanteessa olevia, kategorioimme kohtaan ollut avuksi muille. Vastavuoroisuus ilmeni haastatteluissa yhtenä vertaistuen elementtinä.

4.2.1 Saanut vertaistukea

Kaikki haastateltavat kokivat saaneensa ryhmästä vertaistukea ja kokivat vertaistuen olleen heille avuksi. Vertaistuki koettiin hyödylliseksi keskustelun lisäksi myös tiedollisesti. Yksi haastateltava kertoikin tiivistetysti saaneensa ryhmästä monipuolisesti tietoa, apua ja tukea. Haastateltavia lohdutti erityisesti se, että he näkivät ja kuulivat kokemuksia muilta, jotka olivat samassa tilanteessa. Yksi haastateltavista korosti sitä, ettei hänellä ollut ennen ryhmään osallistumista lähipiirissään ketään, kenelle puhua läheisensä sairastumisesta. Lisäksi hän pelkäsi sitä, miten muu suku asiaan suhtautuu. Hän koki siis erityisen hyödylliseksi saadessaan purkaa ja jakaa omia tunteitaan muille. Hänelle ryhmä oli mahdollistanut kanavan omien ajatusten ja tunteiden purkamiseen.

” tarpeellista kyllä ollu et on voinu sit jakaa sit käydä läpi sitä kaikkee ja niitä tuntemuksia mitä silloin on ollu ja kuinka poikki sitä oli ja kuinka hukassa sitä oli ku ei niinku tienny yhtää mistää mitää ja oli vaa yksin”

Vaikka moniperheryhmä ei ole vertaistukiryhmä, sisältää se vertaistuellisia elementtejä. Tätä korostettiin haastattelutilanteissa. Omien tunteiden ja ajatusten jakaminen muiden samassa tilanteessa olevien henkilöiden kanssa koettiin tärkeäksi. Tiedon lisääntymisen ohella vertaistuen saaminen oli haastatteluissa merkitykselliseksi koettu aihealue.

4.2.2 Ollut avuksi muille

Ajatus siitä, että omien kokemusten jakaminen voisi auttaa muita samassa tilanteessa olevia, ilmeni haastatteluissa muutamaan kertaan. Kaksi haastateltavista koki tärkeäksi sen, että he tunsivat olevansa avuksi muille moniperheryhmään osallistuneille. Kaikki haastattelumme osallistuneet olivat osallistuneet useampana vuonna ryhmän toimintaan. Vertaistuen antamisen merkitys tuli haastatteluissa esiin positiivisena. Yhdellä haastateltavista motiivi ryhmään osallistumiseen oli lähinnä perheenjäsenten tukeminen. Ajatus siitä, ettei toinen osallistu ilman, että itsekkin on ryhmässä mukana, oli merkittävä tekijä osallistua ryhmään. Haastateltava koki auttaneensa läheistään tukemalla häntä osallistumaan.

”mä tiesin sen, et jos mä lähdän niin hän voi lähteä mukaan, et hän ei lähde jos en mä lähde”

Omien kokemusten jakaminen koettiin tärkeäksi erityisesti sellaisille perheille, jotka olivat vasta saaneet diagnoosin. Vertaistuen vastavuoroisuus ilmeni ryhmässä erityisesti tilanteissa, joissa omaiset jakoivat ryhmässä toisilleen sellaista moniperheryhmästä saatua tietoa, jonka he olivat kokeneet olleen heille avuksi. Tämä olikin ehkä yksi syy siihen, että jokainen haastattellemamme omainen oli osallistunut ryhmän toimintaan useampana vuonna.

4.3 Voimavarat

Haastatteluissa kartoitimme myös voimavaroja, joita omaiset kokivat saaneensa ryhmästä tai joita he olivat oppineet hyödyntämään moniperheryhmän avulla. Voimavaroihin liittyen haastatteluissa tuli ilmi kaksi seikkaa: tunne ryhmään kuulumisesta ja toivo. Jaoimme ne haastattelujen perusteella omiin luokkiinsa. Erityisesti tunne siitä, ettei ole tilanteessa yksin, oli haastatelluille omaisille merkittävä. Tämä tunne ja sen tärkeys omaisille tuli ilmi jokaisessa haastattelussa. Toiveikkuuden lisääntyminen tulevaisuuden suhteen tuli useasti esiin haastatteluissa.

4.3.1 Tunne ryhmään kuulumisesta

Tekijä, joka nousi jokaisessa haastattelussa esiin, oli ryhmän vaikutus yksin olemisen kokemukseen. Jokainen haastateltava mainitsi, että ryhmän avulla tunne siitä, että on yksin asian kanssa, oli hälventynyt. Lisäksi paine siitä, että pitää selvitä asioiden kanssa yksin, oli helpottanut. Haastateltaville muiden samassa elämäntilanteessa olevien kohtaaminen oli tärkeää. Se auttoi heitä asettamaan myös omaa tilannettaan laajempaan kokonaisuuteen, eli huomamaan sen, ettei läheisen sairastuminen välttämättä estä esimerkiksi opiskelua tai perheen perustamista. Lisäksi se auttoi omaisia näkemään sen, että oli monia, jotka ovat samassa tilanteessa samaan aikaan.

” ei osannu ajatella ees, että jotkut muutki painii näitten asioitten kanssa niiku tällä samalla hetkellä. Että sitte taas ku tuli taas tänne ryhmään ja kuuli muiden kokemuksia, ni huomasi myös senki, et me ei olla yksin ja on taas muita, joilla tilanne saattaa olla vielä huonommin.”

Suorasta lainauksesta ilmenee, että haastateltava oli helpottunut siitä, että on muitakin, jotka käyvät läpi samoja asioita samaan aikaan kuin hänkin. Ryhmän avulla haastateltava osasi tarkastella omaa tilannettaan myös positiivisesta näkökulmasta. Hän huomasi, että hänen tilanteensa ei ollutkaan pahin mahdollinen, vaan joillakin tilanne saattoi olla huonompi kuin hänellä. Ryhmään osallistuminen mahdollisti erityisesti saadun tiedon lisääntymisen ja tuen saamisen. Ryhmän muut osallistujat auttoivat haastateltavaa tarkastelemaan laajemmin omaa ajatusmaailmaansa.

4.3.2 Toivo

Kaksi haastateltavaa mainitsivat ryhmän myötä tulleen muutoksen eli toiveikkuuden lisääntymisen tulevaisuuden suhteen. Muiden eri elämäntilanteessa olevien mielenterveyskuntoutujien kohtaaminen antoi haastateltaville toivoa läheisen sairastuneen tulevaisuuden suhteen. Elävät esimerkit siitä, että sairauden kanssa voi elää melko normaalia elämää, perustaa perheen ja opiskella, oli kahdelle haastattelemistamme merkittävä tekijä. Yksi haastateltavista sanoi, ettei oma elämäntilanne vaikuta enää niin musertavalta ryhmään osallistumisen jälkeen. Omien voimavarojen tunnistaminen ja huolen väheneminen läheisen jaksamisesta olivat myös merkittäviä ryhmän avulla saavutettuja muutoksia kahdelle haastateltavista.

4.4 Ryhmän toiminta

Ryhmän toimintaan liittyen haastateltavat kokivat lähinnä positiivisia tuntemuksia. Osa heistä kertoi kokemustensa lisäksi ajatuksia siitä, kuinka ryhmän toimintaa voisi parantaa. Kaikki haastateltavat olivat iloisia päätöksestään osallistua ryhmään ja kaksi heistä koki olevansa kiitollisia mahdollisuudesta osallistua moniperheryhmään. Haastateltavat kokivat ryhmän olleen hyödyllinen monin tavoin. Jokainen heistä korosti sen olleen erityisen tärkeää, että ryhmästä annetaan muodostua sen hetkisen ryhmän näköinen. Eräs totesi myös vastuun antamisen ryhmäläisille olleen hyödyksi, sillä osallistujien näköinen ryhmä antaa motivaatiota ja tekee osallistumisesta entistä merkityksellisempää.

Kaikkien mielestä ryhmän koko ja ryhmäkertojen kesto olivat sopivia. Eräs haastateltavista koki kuitenkin pienryhmissä työskentelyn mielekkäämmäksi, sillä silloin hiljaisempienkin osallistujien ääni tuli kuuluviin. Vaikka he pitivät ryhmäkerran ajan pituutta sopivana, he pitivät jakson pituutta melko lyhyenä. Ryhmän pidempi kesto, esimerkiksi syksystä kevääseen, toisi

jatkuvuutta. Kiitosta annettiin kuitenkin siitä, että ryhmässä on voitu kysyä mitä vain ja asioihin on tarpeen mukaan puututtu.

Eräs haastateltava kertoi moniperheryhmän olevan erinomainen hoitomuoto, mutta koki sen vielä tehottomaksi. Hänen mielestään ryhmän toiminnassa olisi vielä parannettavaa, jotta ryhmä palvelisi osallistujia mahdollisimman hyvin. Hän korosti keskustelun tärkeyttä, ja vaikka hänen mielestä asioista keskusteltiin monipuolisesti, hän koki kuitenkin asioista puhumisen jääneen liian pinnalliseksi. Hän toivoi erityisesti ohjaajilta enemmän aktiivisuutta, jotta keskustelu olisi viety hänen sanojensa mukaan:

”... ihan sinne pohjille ja puhuttu siitä oikeasta asiasta. Sitä mä niinku odotin enemmän”

Kaikki eivät olleet kuitenkaan samaa mieltä, vaan yksi haastateltavista kertoi kokeneensa, että heitä välillä jopa patistettiin puhumaan. Hän olisi toivonut ohjaajilta enemmän tilannetajua ja huomiointikykyä. Yhtäältä kuitenkin toinen haastateltava toivoi, että sairastuneita olisi huomioitu keskusteluissa enemmän. Kuullessaan sairastuneiden ajatuksia ja kokemuksia, hän koki, että olisi saanut enemmän kaipaamaansa tietoa suoraan sairastuneelta itseltään.

Vaikka haastateltavilla oli hieman eriävät mielipiteet ryhmän toiminnasta, kaikkien haastateltavien päällimmäinen ajatus ryhmästä oli positiivinen. Hyväksi moniperheryhmän toiminnassa koettiin erityisesti se, että osallistujat saivat vaikuttaa sen muotoutumiseen. Haastateltavat pitivät siitä, että ryhmä muotoutui heidän näköisekseen. Ryhmään osallistujat saivat päättää keitä asiantuntijoita kutsuttiin ja mihin aiheisiin keskityttiin. Näin oli todennäköisempää, että osallistujat saivat juuri tarvitsemaansa tukea ja tietoa. Perheiden elämäntilanteet vaihtelevat suuresti, joten ei voida olettaa, että yksi malli sopisi kaikille perheille.

5 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tulokset perustuvat kolmen moniperheryhmään osallistuneen omaisen kokemuksiin. Tulokset antavat viitteitä siitä, miten omaiset kokevat ryhmän toiminnan. Tuloksista voidaan päätellä, että haastateltavat kokivat moniperheryhmään osallistumisen hyödylliseksi. He eivät kokeneet välttämättä aluksi tarvitsevansa ryhmää oman hyvinvointinsa tueksi, vaan osallistuivat perheenjäsentensä vuoksi. He olivat yllättyneitä siitä, että osallistuminen vaikutti kuitenkin positiivisesti myös heidän omaan jaksamiseensa. Yleisesti haastateltavien vastauksista ymmärsimme, että he ovat saaneet tarvitsemaansa apua ja tukea. Tuloksista voidaan huomata myös se, että omaisilla oli erilaiset tarpeet ja heidän kokemuksensa eivät olleet aivan samanlaiset ryhmään osallistumisesta. Siksi kokemus siitä, että ryhmäläiset saivat itse vaikuttaa toimintaan ja siihen, mitä tapaamisten aikana käsiteltiin, oli haastateltavien

mielestä merkittävä. Myös epäkohtia ja parannettavaa heidän mielestään löytyi, mutta yleinen käsitys oli positiivinen.

Aineistomme analyysissä erittelimme neljä teemaa, jotka olivat tieto, vertaistuki, voimavarat sekä ryhmän toiminta. Teemat, jotka esiintyivät hyvinvointiin positiivisesti vaikuttavina tekijöinä olivat tieto, vertaistuki ja voimavarat. Haastateltavat kertoivat tiedon muuttaneen heidän käsityksiään niin omasta läheisestään kuin yleisesti mielenterveyskuntoutujista. Haastateltavista kaksi kertoi oppineensa katsomaan omaa elämäntilannettaan erilaisesta näkökulmasta. Myös Nyman ja Stengård (2001) kirjoittavat, että yksi yleisin selviytymiskeino mielen-terveyspotilaiden omaisilla oli juuri pyrkimys oppia sairaudesta mahdollisimman paljon.

Kaikki haastattelemamme omaiset kokivat ymmärtäneensä sairautta paremmin ryhmästä saadun tiedon avulla. Tiedon vaikutus omaisiin oli aineistomme mukaan positiivinen. Tähän liittyen myös Nyman ja Stengård (2001) kirjoittavat, että yksi selviytymiskeino omaisilla, on pyrkimys ymmärtää sairauden laatua ja hyväksyä potilas sellaisena, kuin hän on. Kaksi haastateltavaa kertoi, että ryhmän avulla he ovat oppineet hyväksymään sairauden ja ymmärtämään, millaisia oireita siihen liittyy. Yhdellä haastateltavalla tiedon lisääntymiseen liittyi myös oman näkemyksen laajentuminen sairastuneita kohtaan. Hän ymmärsi, että myös heillä on samanlainen ihmisarvo kuin muillakin ihmisillä.

Tiedon lisääntyminen olikin haastateltavien mielestä yksi tärkeä tekijä moniperheryhmässä. Tiedon lisäksi keskustelua pidettiin erityisen tärkeänä. Omaiset kokivat saaneensa keskustelun kautta tietoa ja tukea. Osa heistä koki lohdulliseksi myös sen, että he pystyivät tukemaan muita keskustelun avulla. Kokemusten jakaminen ja peilaaminen vertaisten kanssa mahdollistaa omien käsitystapojen ja näkemysten tutkimisen. Tosiasioiden hyväksymistä on oman ja toisten kokemusten tarkastelu sellaisina, kuin ne ilmenevät. Tämän hyväksymisen omaksuminen luo uuden ja positiivisen identiteettityön lähtökohdan. (Hyväri 2005, 223.)

Vertaistuki nousi haastatteluissa useasti esille. Jokainen haastattelemistamme omaisista koki saamansa vertaistuen olleen hyödyksi. Usein juuri kokemusten merkityksellisyys, eli kokemustieto, korostuu vertaisryhmätutkimuksissa (Nylund 2005, 204). Vertaisryhmissä saatetaan arvostella ammattilaisia ja julkisia palveluja, minkä vuoksi ammattilaisten ja vertaisryhmien rinnakkuus ei ole mutkatonta. JMT:n moniperheryhmä ei ole vertaisryhmä, mutta ryhmässä on sitä vastaavia piirteitä. Moniperheryhmässä on mahdollistettu ammatillinen näkemys ohjaajien avulla. Osallistujien avulla saadaan esiin sairastuneiden ja omaisten näkemykset.

Vertaistuki on välitöntä tukitoimintaa ja se on koettu omaisten keskuudessa erittäin merkittäväksi. Se tarjoaa mahdollisuuden jakaa kokemuksia ja saada tukea toisilta sekä olla itse tukena muille. Vertaistukea pidetään tukitoiminnan muodoista yhtenä tärkeimpänä. Ainoat,

jotka todella osaavat eläytyä toisen kokemuksiin ja ymmärtävät, mitä toinen tuntee, ovat vertaiset. Tärkeänä osana vertaisryhmissä on omaisten tietoisuus siitä, että hän ei ole yksin asioiden ja tunteiden kanssa. (Arjessa mukana omaistyön käsikirja 2009, 30.)

Jokainen haastateltavista mainitsi moniperheryhmän vaikuttaneen heidän ymmärrykseensä siitä, ettei he ole yksin asian kanssa. He olivat huomanneet monen muunkin kamppailevan samanlaisten asioiden kanssa. Lisäksi muiden sairastuneiden ja omaisten kohtaaminen antoi toivoa siitä, että sairauden kanssa voi elää melko normaalia elämää. Samalla se helpotti huolta siitä, kuinka läheinen pärjää. Yksi haastateltavista totesikin, ettei hänen tarvitse olla enää niin huolissaan sairastuneesta läheisestään, kuin hän oli ennen ryhmään osallistumista. Moniperheryhmän voidaankin siis tällä perusteella sanoa vaikuttaneen näiden omaisten hyvinvointiin vähentämällä stressiä ja huolta. Moniperheryhmä on antanut omaisille toivoa tulevaisuuden suhteen. Tukea omaiset saivat moniperheryhmästä vertaistuen muodossa ja samalla heidän tietämyksensä psykoosisairauksista lisääntyi.

Yaphe ym. (2000) toteavat (ks. Nylund 2005, 206) sairaustarinoiden keräämisen ja kertomisen auttavan vertaisryhmien jäseniä osallistumaan muun muassa heitä koskevan tutkimuksen suunnitteluun. Tekemämme kartoitus moniperheryhmästä lisää tietoa osallistujien ajatuksista muun muassa ryhmän toiminnasta sekä sen kehittämiskohteista. Omaiset pitivät yleisesti ottaen moniperheryhmää hyvänä toimintamallina. He kertoivat omia ajatuksiaan siitä, kuinka ryhmän toimintaa voisi tehostaa entisestään. Kaikki haastateltavat kertoivat saaneensa erilaista tietoa ryhmästä. Osa heistä koki tiedon olevan niin sanotusti vanhaa tietoa, jota he olisivat kaivanneet jo sairauden alussa. Tästä voisi päätellä, että moniperheryhmään osallistuminen voisi olla hedelmällisintä jo omaisen sairauden alkutaipaleella, jolloin tarpeellisen tiedon saaminen voisi olla yhtenäistä sairauden kulun kanssa. Erään haastattelemamme omaisen kanssa oli myös puhetta siitä, kuinka ryhmän pidempi kesto toisi jatkuvuutta. Tämä mahdollistaisi myös omaisten tukemisen pidemmällä aikavälillä sairauden edetessä.

5.1 Jatkotutkimusaiheet

Moniperheryhmä psykoosipotilaiden työskentelemisen käytäntönä on kehittynyt jo 1940- ja 1950-luvuilla, mutta sitä ei Suomessa ole tutkittu paljoa (Asen & Scholz 2010; Nyman & Stengård 2005). Suomessa on tehty tutkimus mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvoinnista, mutta varmasti aihetta olisi hyvä käsitellä lisää. Meidän kokemuksemme mukaan omaiset tarvitsevat myös tukea ja apua läheisen sairastuessa ja siitä, onko tuki riittävää, on melko vähän tietoa.

Koemme, että omaisten saamaa tukea tulisi tutkia enemmän. Läheisen sairastuminen aiheuttaa elämäntilanteen muutoksen, joka voi vaikuttaa pahimmassa tapauksessa omaisen masentumiseen tai uupumiseen. Omaiset saatetaan usein määritellä sairastuneen kautta, vaikka

he ovat yksilöitä, joihin sairastuminen vaikuttaa yhtälailla. Omaiset tulisikin nähdä enemmän itsenäisinä tuen tarvitsijoina. (Arjessa mukana omaistyön käsikirja 2009, 10.) Lisäksi on huomattu, että sairastuneen kuntoutumiseen vaikuttaa myös se, miten omaisten osallisuus otetaan huomioon sairastuneen hoidossa. (Murray-Swank ym. 2007.) Näin ollen olisi luontevaa, että omaisille tarjottavaa tukea kehitettäisiin ja tutkittaisiin enemmän. Lisätutkimuksen ja kehittämisen avulla omaisille voisi tarjota erilaisia tukitoimia enemmän.

Lähteet

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Arjessa mukana - Omaistyön käsikirja. 2009. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto.

Asen, E. 2002. Multiple family therapy. An overview. *Journal of Family Therapy* 24, 3-16.

Asen, E. & Scholz, M. 2010. Multi-Family Therapy. Concepts and Techniques. New York: Routledge, 1-9.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hokkanen, L. 2003. Vapaaehtoinen ja vertainen auttaminen. Teoksessa Laitinen, M. & Pohjola, A. (toim.). Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Juva: WS Bookwell, 206.

Hyväri, S. 2005. Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa Nylund, M. & Yeung, A. (toim.) Vapaaehtoistoiminta, anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino, 214-235.

Johansson, M. & Berg, L. 2011. Opastava yhteistyö perheiden kanssa. Helsinki: Profami.

Murray-Swank, A., Glynn, S., Cohen, A., Sherman, M., Medoff, D., Fang, L. J., Drapalski, A. & Dixon, L. 2007. Family contact, experience of family relationship, and views about family involvement in treatment among VA consumer with serious mental illness. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 44, 801-812.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Gummerus.

Nylund, M. 2005. Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Nylund M. & Yeung, A. (toim.). Vapaaehtoistoiminta, anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino, 202-205.

Nyman, M. & Stengård, E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto.

Nyman, M & Stengård, E. 2005. Hiljaiset vastuunkantajat. Omaisten hyvinvointi 2001-2004. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4.painos. Helsinki: Tammi.

Julkaisemattomat lähteet

JMT:n esite. 2016.

Taulukot

Taulukko 1 Esimerkki ilmausten pelkistämisestä	19
--	----

Liitteet

Liite 1: Teemahaastattelurunko.....	35
-------------------------------------	----

Liite 1: Teemahaastattelurunko

Teemat:

1. Vertaistuki

- Oletteko saaneet apua vertaisilta? Millaista?
- Millaisia voimavaroja olette saaneet/löytäneet moniperheryhmän kautta?
- Miten saatu tuki on vaikuttanut jaksamiseen? / Miten se on vaikuttanut jaksamiseen, ettette ole saaneet tarvitsemaanne tukea?
- Oletteko saaneet jakaa omia ajatuksianne ja kokemuksianne?

2. Tiedon jakaminen

- Millaista tietoa olette saaneet moniperheryhmästä?
- Oletteko saaneet mielestänne tarpeeksi tietoa läheisenne sairaudesta?
- Miten saatu tieto on vaikuttanut suhtautumiseenne läheiseen ja hänen sairauteensa?
- Miten saatu tieto on vaikuttanut jaksamiseenne?

3. Ryhmän toiminta

- Miten moniperheryhmä mielestäsi toimii?
- Miten ryhmän toimintaa voisi mielestäsi parantaa?